Ueber nasale Tränensack-Operationen.

ooooooooooooo

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Georg Schlöndorff

aus Bruchhausen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 9. 1. 22.

Referent: Prof. Wagener.

ooooooooooooo

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Marburg (Lahn)

1922

Der erste Teil der Arbeit weist auf den Zusammenhang zwischen den chronischen Erkrankungen des Tränenapparates mit Erkrankungen des Naseninnern, die Art der endonasalen Ursachen und ihre Häufigkeit, hin: Tuberkulose, Lupus, Nebenhöhlen — besonders Siebbeinerkrankungen, Hypertrophie der unteren Muschel, Neubildungen etc. sind von **Kuhnt, Rhese, Brunzlow, Uffenorde,** und anderen in einer großen Zahl (von **Kuhnt** in 93,7%) als endonasale Ursachen der Tränenapparaterkrankungen nachgewiesen. Eine genaue Nasenuntersuchung ist daher bei jedem Fall von chronischem Tränenleiden vorzunehmen.

Der zweite Teil bringt die geschichtliche Entwicklung der endonasalen Operationsmethoden zur Beseitigung der chronischen Tränenleiden. Es wird besprochen:

1. Die intranasale Eröffnung des Tränennasenkanals und des Tränensacks vom unteren Nasengang aus: eine Methode, die zuerst 1893 von **Caldwell** einmalig ausgeführt, 1899 von **Killian** bei Tuberkulose des Ganges vorgeschlagen, 1904 von **Passow** ohne Kenntnis des früheren Versuches und Vorschlages wieder angegeben und in einer Reihe von Fällen systematisch durchgeführt, später aber wieder verlassen wurde.
2. Die intranasale Eröffnung des Tränennasenkanals im Vorhof des mittleren Nasenganges, die sog. Fensterresektion, 1910 durch **West** und **Polyak**: im wesentlichen die auf den Vorhof des mittleren Nasenganges beschränkte **Passowsche** Methode, bei der die Resektion des vorderen Endes der unteren Muschel vermieden wird; später ebenfalls wieder aufgegeben. — Auch das anhangsweise besprochene von **Eickensche** permaxillare und perorale Verfahren (1911) scheint nicht viele Anhänger gefunden zu haben.
3. Die direkte intranasale Eröffnung des Tränensacks: eine 1912 von **West** und **Polyak** unabhängig von einander angegebene Operation, die bisher am meisten angewandt worden ist. Die Durchführung dieses endonasalen Verfahrens erfordert wegen der engen Raumverhältnisse oft Voroperationen (submuc. Septumresektion, temporäre Septumverlagerung etc.) und ist wegen der schlechten Übersicht eine technisch schwierige Operation. Nächst

dieſer Operation iſt die 1904 von dem Rhinologen **Toti** angegebene Dakryocyſtorhinoſtomie, eine wohl ebenbürtige, vielleicht auch überlegene Konkurrenzoperation, am meiſten ausgeführt worden. Bei ihr wird durch einen bogenförmigen Weichteil-Perioſtſchnitt um den inneren Augenwinkel der Tränenſack unverſehrt von innen freigelegt, ſeine ganze naſale Wand reſeziert und eine Daueröffnung durch das Tränenbein nach der Naſe zu geſetzt. — Auf die Funktion der Tränenröhrchen von denen nach Ausführung dieſer Tränenſackoperationen allein die Ableitung der Tränen abhängt, iſt bei der Auswahl der Fälle größtes Gewicht zu legen. Bei den Reſultaten hat man zwiſchen dem primären Effekt gleich nach Operation und der definitiven Heilung, d. iſt das Reſultat 10 Monate nach der Operation oder einer wegen Rezidivs erfolgten Nachoperation, zn unterſcheiden. Sowohl für die äußere **Totiſche** als auch intranaſale **Weſtſche** Methode ſind die Fälle von ausgeprägter Ektaſie des Tränenſacks die günſtigſten.

4. Die intranaſale totale Exſtirpation des Tränenſacks mit Wiederherſtellung des normalen Abfluſſes: ein Verfahren, das von **Weſt** ſeit 2½ Jahren in Fällen von Dakryocyſtitis mit ſtarker Verdickung der Sackwand und Granulationsbildung im Sack, weil in dieſen Fällen einer alleinigen intranaſalen Eröffnung nach ſeinen Erfahrungen überlegen, angewandt worden iſt. — **Kraupa** erweiterte — unabhängig von **Blaskowics** — die alte äußere **Totiſche** Operation, bei der nur die naſale Tränenſackwand entfernt wird, zu einer Totalexſtirpation des Sackes. Er hebt die Vorzüge der äußeren Totalexſtirpation mit angeſchloſſener Rhinoſtomie gegenüber einer Tränenſackexſtirpation ohne Rhinoſtomie hervor, gibt aber dem extranaſalen Wege vor dem intranaſalen den Vorzug.

Der dritte Teil enthält die Erörterung der Streitfrage, ob der extranaſele oder intranaſale Weg vorzuziehen iſt: Die Beurteilung dieſer Frage nach den bisherigen Ergebniſſen der **Totiſchen** und **Weſtchen** Tränenſackoperationen vorzunehmen, wie das nach den in früherer Zeit nicht ſo guten Reſultaten der **Totiſchen** Operation zu Ungunſten der letzteren mehrfach geſchehen iſt, iſt nicht ſtatthaft, da das dieſen Operationen zugrundeliegende Material ganz ungleichartig zuſammengeſetzt iſt. Als Vorzüge des Operationsverfahrens ſelbſt gelten bei der äußeren Methode die leichtere Technik, die bei weitem beſſere Überſicht und der Umſtand, daß Voroperationen (ſubmuc. Septumreſektion etc.) nicht erforderlich ſind. Ein kosmetiſcher Nachteil durch die

Narbe ist bei der äußeren Operation kaum vorhanden, da diese in der Regel ganz fein und unauffällig ist. Als Vorzug der intranasalen Operation wird von den Anhängern derselben angegeben, sie schädige den Tränenabfuhrmechanismus nicht, während ein derartiger Nachteil bei der extranasalen Operation bestehe. Ob letzteres zutrifft, vermögen nur vergleichbare Resultate der Zukunft zu lehren; aus den bisherigen nicht vergleichbaren Ergebnissen der intra- und extranasalen Verfahren ist ein derartiger Schluß nicht erlaubt.

Ein weiteres verständnisvolles Zusammenarbeiten von Augen- und Nasenarzt ist auf diesem Grenzgebiet notwendig; nur so wird es zu entscheiden sein, welches Operationsverfahren das zweckmäßigste ist.